

 <p>Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII</p>	<p>REGIONE PUGLIA AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO- GIOVANNI XXIII P.zza G.Cesare,11-70124 BARI DIREZIONE SANITARIA UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. 080.5592955- fax. 0805594214</p>	<p>Mod. richiesta visione esami iconografici</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

MODULO RICHIESTA VISIONE ESAMI ICONOGRAFICI (PELLICOLE RADIOGRAFICHE) E/O CD/DVD

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____

PROV.(____) IL ____/____/____ RESIDENTE A _____ PROV.(____)

VIA _____ N. _____ CAP. _____

TEL/CELL. _____ EMAIL _____

RICOVERATO/A PRESSO CODESTA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

DAL _____ AL _____ PRESSO LA U.O.C. DI _____

CHIEDE IN VISIONE I SEGUENTI ESAMI EFFETTUATI DURANTE IL SUCCITATO RICOVERO

◇ **PELLICOLE RADIOGRAFICHE** (specificare indagine diagnostica/apparato) _____

◇ **CD/DVD** (specificare indagine diagnostica/apparato) _____

N.B. IL RILASCIO DELLA PREDETTA DOCUMENTAZIONE AVVERRA' SOLO PREVIA ESIBIZIONE DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E PREVIO PAGAMENTO DA PARTE DEL RICHIEDENTE DI UNA CAUZIONE DI 25 EURO PRESSO LA CASSA CENTRALE (CUP), CHE VERRA' RESTITUITA DOPO CHE IL MEDESIMO AVRA' RICONSEGNA TO LA DOCUMENTAZIONE PRESA IN VISIONE.

SI PRECISA CHE LA RESTITUZIONE DELLA PREDETTA DOCUMENTAZIONE DOVRA' AVVENIRE ENTRO E NON OLTRE 90 GG DALLA DATA DELLA RICHIESTA.

TIMBRO E DATA DELLA DIREZIONE SANITARIA

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE O DEL DELEGATO

PARTE RISERVATA ALLA U.O.C

RITIRA IN DATA

____/____/____

CONSEGNA IN DATA

____/____/____

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Il Titolare del trattamento è l'A.O.U. Consorziato Policlinico Giovanni XXIII di Bari, con sede legale in Piazza Giulio Cesare, 11 – 70124 Bari, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE per la protezione dei dati personali 2016/679; i dati personali raccolti con il presente modulo verranno trattati dal personale specificamente autorizzato ed unicamente per le attività amministrative relative alla gestione della presente richiesta nei modi e nei limiti necessari per perseguire la sopracitata finalità.

I dati raccolti sono custoditi presso la Direzione Sanitaria, Ufficio Cartelle Cliniche, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle specifiche normative vigenti. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati, mediante l'invio di una lettera indirizzata al Responsabile della protezione dei dati personali dell'AO.U. Policlinico di Bari. Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari Tel. 080/5595.644 – 080/5592.658 e-mail RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it